

**Universitatea Națională de Educație Fizică și Sport**

**Facultatea de kinetoterapie**



## **ULCERUL GASTRIC**

***Masterand,  
Gabriela-Codruța Nedelea  
- NRC 2013 -***

# ***CUPRINS***

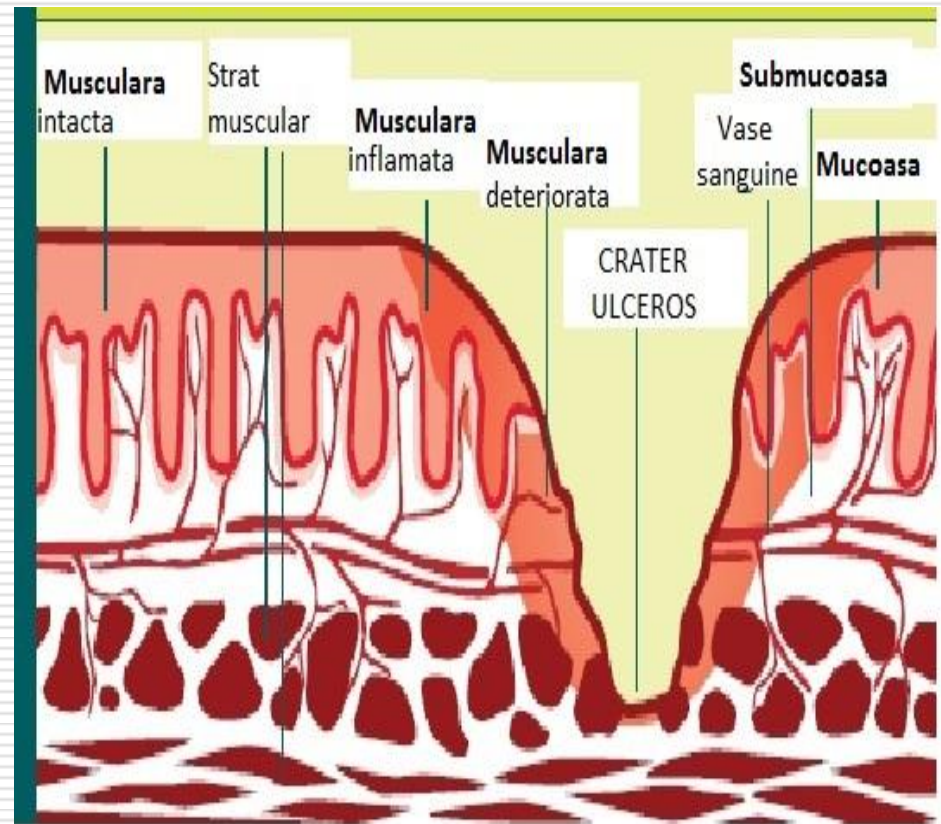
---

- ☐ - ANATOMO-PATOLOGIE**
- ☐ - FIZIOPATOLOGIE**
- ☐ - EPIDEMIOLOGIE**
- ☐ - DIAGNOSTIC**
- ☐ - EVOLUȚIE ȘI COMPLICAȚII**
- ☐ - TRATAMENT**

# ANATOMO-PATOLOGIE

## DEFINIȚIE

- Ulcerul este o pierdere de substanță mai mult sau mai puțin extinsă a peretelui gastric care atinge în profunzime musculara și care se transformă într-o bază sclero-inflamatoare



# ANATOMO-PATOLOGIE

---

- Ulcerul gastric este reprezentat cel mai adesea de o leziune solitară, cu excepția a 4% din cazuri când ulcerarea poate fi cu dublă localizare.
- Se localizează mai ales pe mica curbură(88%) și mai rar pe marea curbură sau pe fețele stomacului.
- Ulcerul gastric se însoțește de leziuni de gastrită



# FIZIOPATOLOGIE

- Se instalează atunci când apare un dezechilibru între factorii de apărare și cei de agresiune .
- Factorii ce pot influența echilibrul sunt:
  - Predispoziția genetică
  - AINS
  - Stressul
  - Tabagismul
  - Helicobacter Pylori

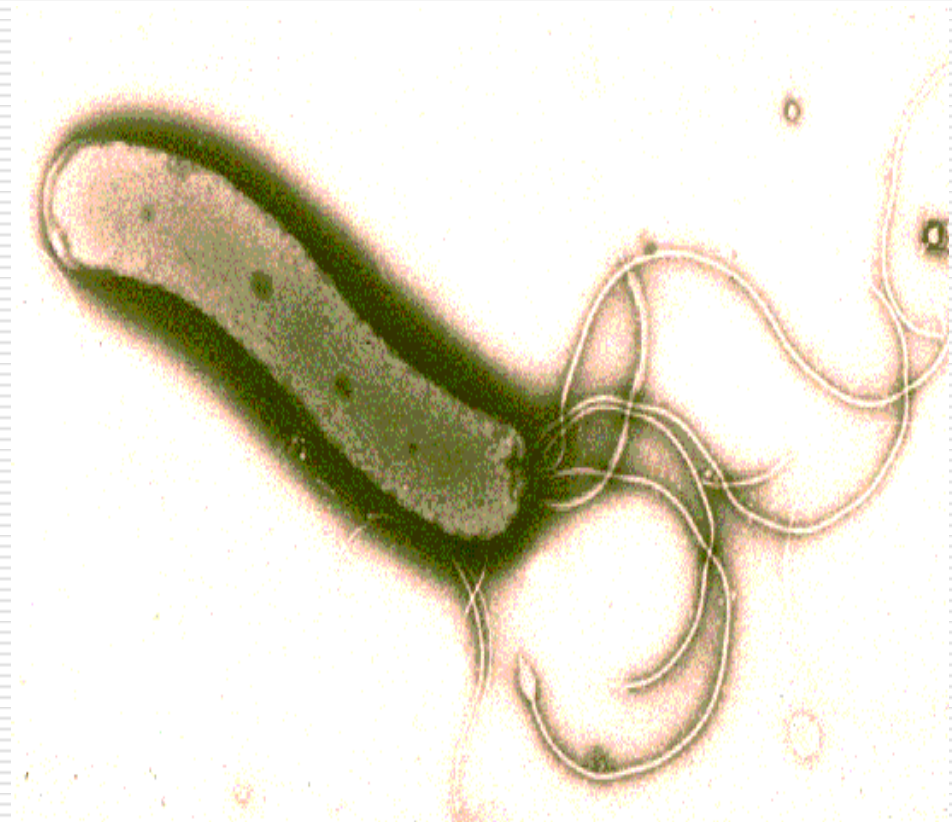


# ***FIZIOPATOLOGIE***

---

## **□ HELICOBACTER PYLORI**

- Este o bacterie gram negativ
- Are puternică activitate ureazică care transformă ureea în  $\text{NH}_3$  și  $\text{CO}_2$
- Se transmite pe cale oro-orală sau fecalo-orală



# ***EPIDEMIOLOGIE***

---

- ❑ Prevalența UG este de 2% față de 10% in UD
- ❑ Incidența anuală este de 0,5%
- ❑ Vârsta = 55-65 ani
- ❑ Preponderent la bărbați
- ❑ În 90% din cazuri, apare o singură leziune a peretelui gastric

# ***DIAGNOSTICARE***

---

## **ANAMNEZĂ**

- Durere în regiunea epigastrică, fără iradiere
- Crampe
- Calmarea durerii după ingestie de alimente
- Ritmicitate- repaus cu interval între 1-3 ore
- Evoluție spontană prin pusee
- Caracterul durerii este variabil
  - senzație de presiune în epigastru
  - jenă epigastrică
  - apăsare sau roadere
- Periodicitate
  - perioade dureroase alternând cu perioade de liniște.



# DIAGNOSTICARE

---

## □ - TRANZIT BARITAT

- retenție de substanță baritată la nivelul ulcerației, fiind localizată în afara conturului gastric, ea putând apărea sub mai multe forme



# DIAGNOSTICARE

---

## ENDOSCOPIA

- Permite confirmarea diagnosticului
- Precizarea dimensiunii, formei și localizării
- Se poate preleva biopsie pentru identificarea HP sau dacă leziunea este canceroasă
- are o sensibilitate mult mai mare (95%)
- Se pot identifica și cauteriza hemoragiile

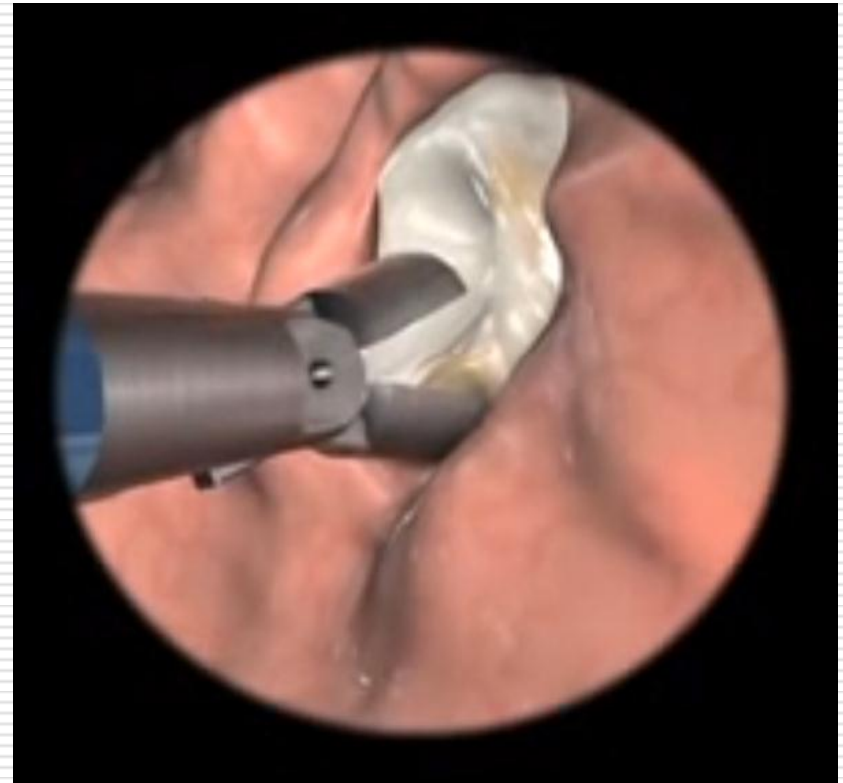


# DIAGNOSTICARE

---

## METODE INVAZIVE – BIOPSII-

- **Examen histopatologic** la microscop
- **Testul rapid** la urează  
- Helicobacter are o enzimă numită urează, care digere ureea la CO<sub>2</sub> și H<sub>2</sub>O, fapt care se pune în evidență prin colorarea galbui-roșiatică a indicatorului de culoare



# ***DIAGNOSTICARE***

---

## **Metode non-invazive**

- **Serologie** -identificarea anticorpilor în sânge – prezența acestora înseamnă că există infecția cronică cu bacteria. Acești anticorpi (tip imunoglobulina) persistă aprox 1 an
- **Testul respirator cu uree** este exact, nu necesită efectuarea endoscopiei, dar este foarte scump. În principiu, se administrează uree marcată radioactiv (nu iradiaza) iar ureaza Helicobacterului o va degrada la CO<sub>2</sub> marcat radioactiv, care va fi măsurat în aerul expirat

# ***EVOLUȚIE ȘI COMPLICAȚII***

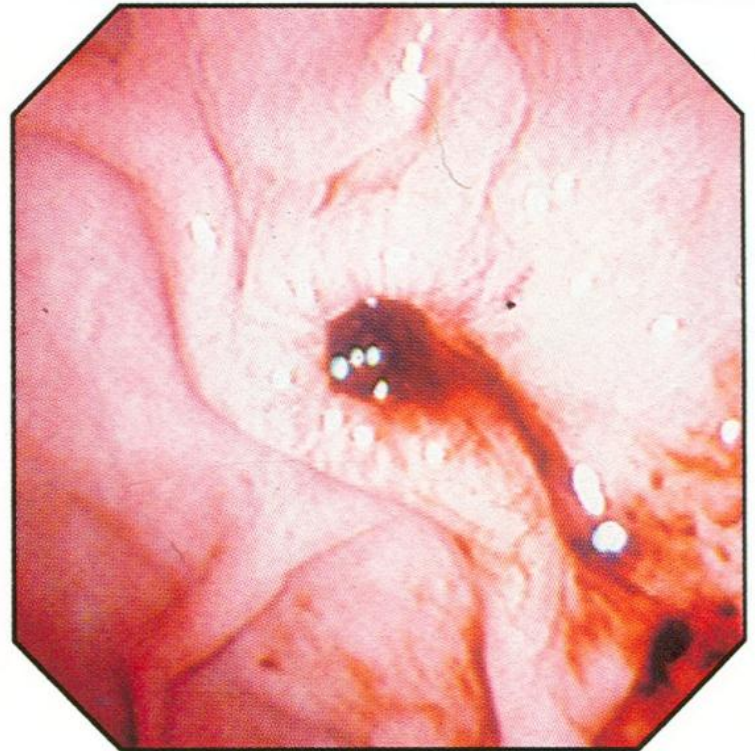
---

- ❑ Evoluție prin pusee
- ❑ Cicatrizare spontană posibilă în 40-70% din cazuri
- ❑ În 60-80% din cazuri, recidivează în timp
- ❑ Factorii de recidivă: HP+tabagismul, vârsta tânără, sex masculin

# ***EVOLUȚIE ȘI COMPLICAȚII***

---

- **Hemoragie digestivă :**
  - Frecventă în 35 % din cazuri
  - Ruptura unei artere sau sângerarea mucoasei peri-ulceroasă.
  - Melenă, hematemeză, sau rectoragie
  - Mortalitatea variază între 5 și 10 %.



# ***EVOLUȚIE ȘI COMPLICAȚII***

---

- ❑ **Perforarea** – permite scurgerea conținutului stomacului în abdomen, aceasta favorizând apariția peritonitei .
- ❑ **Penetrația** - extinderea ulcerului într-unul din organele învecinate (pancreas, căi biliare, etc.)





# ***EVOLUȚIE ȘI COMPLICAȚII***

---

## **□ Stenoză ulceroasă**

- *Stenoza funcțională (incompletă)*: edemul periulceros, împreună cu spasmul reflex al musculaturii netede realizează o obstrucție reversibilă prin medicație
- *Stenoza organică (completă)*: structura cicatriceală transformă ireversibil leziunea, iar stomacul se dilată, pierzându-și treptat peristaltica.



# ***EVOLUȚIE ȘI COMPLICAȚII***

---

## **□ Malignizarea**

- este cea mai rară, dar cea mai gravă complicație cronică a UG
- interesează doar ulcerele caloase vechi (peste 5 ani de evoluție), rezistente la tratamentul medical
- este favorizată de : gastrita cronică atrofică cu hipo- sau anaciditate, refluxul duodeno-gastric persistent, metaplazia intestinală

# TRATAMENT



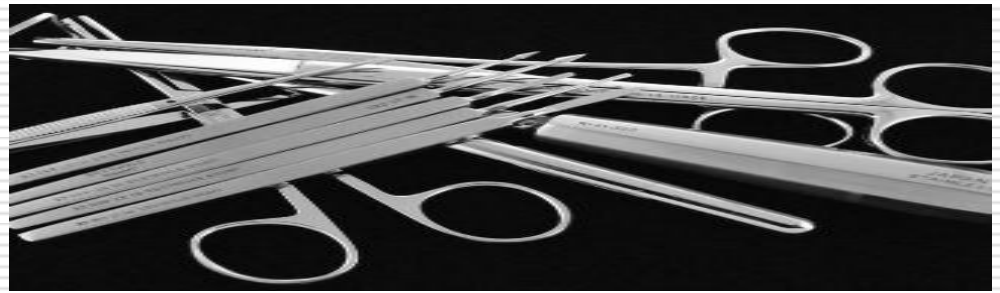
## 1) IGIENO-DIETETIC

- Renunțarea la fumat;
- Reducerea consumului de alcool
- Dieta echilibrată, privind alimentația și orarul meselor.

## 2 ) MEDICAMENTOS

- Antiacid
- Antisecretor
- Antienzimatic
- Protectoare ale mucoasei
- Medicația antibacteriană (anti *H. pylori*):

# TRATAMENT



## 3 ) Chirurgical

### Indicații:

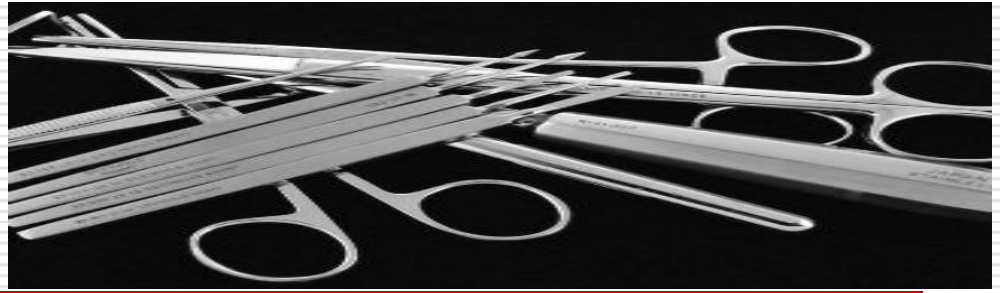
#### ■ **Absolute:** -

- Complicații (perforația, hemoragia, stenoza, suspiciunea de malignizare).

#### ■ **Relative:**

- Rezistența la tratamentul medical corect condus (sau complianță scăzută);
- Recidive frecvente după oprirea tratamentului;
- Ulcere caloase, mari;
- Ulcere endocrine

# TRATAMENT



## □ **Principiile tratamentului chirurgical:**

- îndepărtarea leziunii ulceroase
- realizarea unui stomac hipoacid
- menținerea duodenului în tranzitul digestiv
- morbiditate postoperatorie redusă
- mortalitate operatorie minimă

---

*Sfârșit*